

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者欄	○健康保険被保険者証の記号-番号 (左づめ)				○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	年 月 日				年 月 日					
	(フリガナ)				続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			
昭・平 年 月 日生							○業務上・外、第三者行為の有無			
							1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			

(施術管理者にて記入)

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分						
	年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続						
	傷 病 名 又 は 症 状				転 帰						
					継続・治癒・中止・転医						
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要					
		右上肢	円×	回=	円	※施術管理者以外の施術した場合に記入					
		左上肢	円×	回=	円	施術者氏名					
		右下肢	円×	回=	円	施術日 . . . 日					
		左下肢	円×	回=	円						
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円					
	温 罨 法	円×	回=	円							
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円							
	往療料 4kmまで	円×	回=	円	※往療を必要とした場合は						
	往療料 4km超	円×	回=	円	「往療状況確認表」を添付してください						
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円	※施術報告書交付料算定時よ						
	合 計			円	施術報告書の写しを添付してください						
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31									
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日	保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地								
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		所在地								
			施術所名								
			電話番号		- -						
			施術者名		㊟						

(被保険者欄)

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日				
	麻生健康保険組合理事長 殿		被保険者 (請求者)	住 所	氏 名
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込	預金の種類 1. 普 通	金融機関名		
	被保険者口座 名義 (カタカナ)	口座番号	銀行	本店	
			金庫	支店	
			農協	出張所	
同 意 記 録 欄	同意医師の氏名	医療機関名・所在地	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			令和 年 月 日		

<記入にあたっての注意事項>
 申請書は暦月を単位として作成してください。
 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
 <提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)
 ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本)を必ず添付してください。
 <その他添付書類 (該当する場合)>
 医師の同意書 (原本) 施術報告書 (写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書